

保存年限：

台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院 函



機關地址：104217台北市中山區中山北路2段92號

聯絡人：李玉霞5503521
分機2040

Email:hsia@mmh.org.tw

傳 真：(02)25232448
(02)25433642

受文者：仁德醫護管理專科學校

發文日期：中華民國一十四年二月二十六日

發文字號：馬院護乙字第1140080002號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：獎助金甄選辦法、獎助金申請書、獎助金申請推薦信

主旨：檢送本院「馬偕紀念醫院護理學生獎助金辦法」及相關表件，敬請惠予公告並鼓勵推薦學生申請，至為感銘。

說明：

一、本院為鼓勵護理優秀學生畢業後從事臨床照顧服務，培育學生並提供適當就業機會，特制定「馬偕紀念醫院護理學生獎助金辦法」，敬請貴校惠予公告並鼓勵推薦符合資格學生踴躍申請。

二、獎助對象：各大專院校護理系(大學或四技三年級及四年級)、二技(一年級及二年級)及五專護理科(四年級及五年級)之在學學生。延畢生、研究生及在職進修班學生不適用本辦法。

三、獎助條件：受獎助學生初審申請資料，須提交最後一學年學業成績七十分；實習成績七十五分及操性成績七十五分以上(含)；初審資料通過，另安排面談，符合資格者擇優獎助。

四、活動期間：

114年3月1日至114年05月31日申請截止。書面通過者，以信件通知安排至本院進行工作面談。

五、獎助金內容及履行就業之義務年限：申請一學年獎助金額壹拾貳萬元整，需至本院服務一年；申請二學年獎助金額貳拾肆萬元整，需至本院服務兩年。申請學生經本院覆核通過並完成簽約及到職手續，即將獎助金匯入申請獎助學生之帳戶。

六、本院為讓學生瞭解在本院之職涯發展、獎助金申請方式，於開學後可擬至貴校洽商舉辦說明會，敬請函轉所屬協助辦理。

七、隨函檢附馬偕紀念醫院護理學生獎助金辦法、馬偕紀念醫院護理學生獎助金申請書、馬偕紀念醫院獎助金申請推薦信。

八、申請時間：依申請截止日(以郵戳為憑)，申請文件經貴校護理科系主任核章後寄至 10449台北市中山區中山北路二段92號，護理部李玉霞督導收。

九、本專案說明會聯絡人：護理部李玉霞督導，聯絡電話：02-25433535-2040，
mail:hsia@mmh.org.tw。

正本：中臺科技大學、弘光科技大學、國立臺北護理健康大學、光宇學校財團法人元培醫事科技大學、長庚學校財團法人長庚科技大學林口校區、長庚學校財團法人長庚科技大學嘉

義校區、長庚學校財團法人長庚大學、中山醫學大學、亞東學校財團法人亞東科技大學、德育護理健康學院、馬偕學校財團法人馬偕醫護管理專科學校、馬偕學校財團法人馬偕醫學院、國立陽明交通大學、國立臺中科技大學、臺北醫學大學、中國醫藥大學、輔英科技大學、康寧學校財團法人康寧大學、義守大學、高雄醫學大學、長榮大學、中華醫事科技大學、大仁科技大學、國立成功大學、國立金門大學、大葉大學、輔仁大學學校財團法人輔仁大學、慈濟學校財團法人慈濟大學、慈濟學校財團法人慈濟科技大學、美和學校財團法人美和科技大學、國立臺灣大學、國立臺南護理專科學校、耕莘健康管理專科學校、仁德醫護管理專科學校、樹人醫護管理專科學校、慈惠醫護管理專科學校、敏惠醫護管理專科學校、育英醫護管理專科學校、崇仁醫護管理專科學校、聖母醫護管理專科學校、新生醫護管理專科學校

副本：人力資源室、護理部

院長 張文瀚

本案依分層負責規定
授權部室科主管執行

馬偕紀念醫院護理學生獎助金申請書

姓名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生 年月日	年 月 日	照片黏貼處
身分證字號			戶籍地		
聯絡電話	電話：_____ 手機：_____				
戶籍地址					
聯絡地址					
電子信箱 (請勿潦草)					
就讀學校	<input type="checkbox"/> _____ 學校 護理系/科 (<input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 專科) <input type="checkbox"/> 馬偕護理管理專科學校護理科				
年級			班級		
學業成績 70以上		實習成績 75以上		操行成績 75以上	
欲申請獎助學金期間：					
<input type="checkbox"/> 申請二學年(服務二年) <input type="checkbox"/> 申請一學年(服務一年)					
請您依意願勾選工作的院區					
<input type="checkbox"/> 均可 <input type="checkbox"/> 台北院區(含兒醫) <input type="checkbox"/> 淡水院區 <input type="checkbox"/> 新竹院區 (含竹兒醫) <input type="checkbox"/> 台東院區					
註：派任會優先考慮填寫意願，但仍會以年度到職時之院區及科別出缺狀況調整。					
檢附資料：					
<input type="checkbox"/> 馬偕紀念醫院護理學生獎助金申請書 <input type="checkbox"/> 前一年成績證明書(二技生請附五專實習成績) <input type="checkbox"/> 馬偕醫院獎助金申請推薦函			護理學系(科)主任 簽章		
審核結果：					
<input type="checkbox"/> 審核通過 <input type="checkbox"/> 審核不通過			護理部主任簽章		

馬偕紀念醫院獎助金申請推薦函

一、申請人填寫：

申請人姓名：_____申請院區：均可 台北院區 淡水院區

申請簽約年限：申請一學年(服務二年) 申請一學期(服務一年)

就讀學校：_____護理系(大學 二技 四技) _____年級

_____學校護理科 _____年級

申請人連絡電話：_____

二、推薦者填寫：

您與申請者之關係：班導師 授課老師，共教過申請人_____門課 科主任

您與申請者認識多久：_____年

您與申請者熟識之程度：極熟識， 熟識， 普通， 不甚熟識

三、請依您對申請者之了解，做一客觀評估：(請以打V方式表示)

項目	評定等級						
	傑出	優	良	中等	中下	差	無法評鑑
一般知識							
專業知識與技能							
對專業的投入							
誠實與責任感							
合作與人際關係							
問題解決能力							
溝通表達能力							
書面寫作能力							
組織能力							
創造力							
領導管理能力							
專業潛力							

四、綜合評語：(請您列出申請人之優點和缺點及其在學術上可能的潛力)

五、整體評估：極力推薦 推薦 免予推薦 不推薦

推薦人簽名：_____

日期：_____年_____月_____日

服務單位：_____

職稱：_____

地址：_____

連絡電話：_____

註：請填妥後，密封處簽章後交予被推薦人；未予密封之推薦函，視為無效，不予受理。